



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2005

Psychiatrische Diagnose heute - notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett?

Hoff, Paul

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-79349>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Hoff, Paul (2005). Psychiatrische Diagnose heute - notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett? Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 156(1):4-12.

Psychiatrische Diagnose heute – notwendiges Hilfsmittel oder stigmatisierendes Etikett?¹

■ P. Hoff

Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich

Summary

Hoff P. [Psychiatric diagnosis today – necessary tool or stigmatisation?] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2005;156:4–12.

Often psychiatric diagnoses are the starting point of controversial debates about psychiatry not only within the scientific community, but also in the public field. This article discusses the development of the concept of psychiatric diagnosis, which, of course, cannot be separated from the conceptual history of nosology. Nowadays, there is a focus on operationalised diagnoses as represented by ICD-10 and DSM-IV-TR. The theoretical background of this approach is therefore highlighted in this article, too.

Psychiatry as a scientific as well as a practical field is much more influenced by political and sociocultural factors than any other medical specialty. And that is why basic questions like mind–body-relationship, anthropological framework or ethical values like human rights cannot, though theoretical in nature, be ignored in psychiatric practice.

There were two main factors in the 2nd half of the 20th century that led to the development of operationalised psychiatric diagnostic systems: first, the low reliability of former psychiatric diagnoses that originated from highly heterogeneous theoretical concepts in different parts of the world and even within one part, e.g. the different usage of the term schizophrenia in the United States and in the United Kingdom as shown by a large WHO study. Second, the development of completely new research techniques like brain imaging and of new drugs that had to be evaluated. Researchers in

these fields were (and are) depending on reliable diagnoses as basis of their work.

Theoretically spoken, there are three main approaches to the conceptualisation of mental disorders: (1) the *realistic* approach, regarding mental disorder as an object that can be detected by means of natural sciences, i.e. quantitatively, like in other medical disciplines. (2) The *nominalistic* approach, defining mental disorder not in itself (like the first approach), but by the terms that are used to describe it, e.g. the term schizophrenia. Diagnoses are here seen as psychopathological conventions enriched by further empirical data (e.g. biological findings) wherever possible and agreed upon by experts. The two most prominent examples are ICD-10 and DSM-IV-TR. (3) The *biographical* approach has its focus on the understanding of mental disorders as reactions to events and developments within the person's biography. This represents the subjective pole of the methodological spectrum.

The advantages and limitations of modern diagnostic criteria are discussed in some detail. In conclusion, it should be kept in mind that diagnostic criteria and diagnosis itself are important psychiatric tools, but nothing more. Operationalised manuals must not be identified with psychiatry on the whole as there are clinical phenomena and scientific topics which up to now or, maybe, principally are not accessible by this approach. For example, there is no valid and reliable psychiatric diagnosis without the element of personal relationship between the patient and the doctor, and this, too, should be studied scientifically. Last but not least, the potential of scientific and political abuse of psychiatric diagnoses must be realised, especially with regard to what the history of psychiatry tells us in this context.

Keywords: *psychiatric diagnosis; diagnostic criteria; psychopathology; nosology; stigmatisation; subjectivity*

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff
Psychiatrische Universitätsklinik
Klinik für allgemeine und soziale Psychiatrie
Postfach 1931
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
e-mail: paul.hoff@puk.zh.ch

1 Überarbeitete und erweiterte Fassung eines am 29. Oktober 2003 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich gehaltenen öffentlichen Vortrages.

Das Problem

Es ist die psychiatrische Diagnose, die sehr oft das Bild unseres Faches in der Öffentlichkeit prägt. Diagnostische und psychopathologische Termini finden Eingang in die Umgangssprache und werden dort häufig mit einem abwertenden Bedeutungshof versehen. Psychiatrische Diagnosen stehen in der öffentlichen Diskussion unter dem Verdacht, blosse Etikettierungen, im schlimmsten Fall sogar Ausgrenzungsversuche zu sein. Der folgende Beitrag zeichnet die Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik nach, die untrennbar mit derjenigen des psychiatrischen Krankheitsbegriffs verwoben ist. Vorläufiger Endpunkt ist dabei die operationale Diagnostik in Gestalt der beiden sehr ähnlichen, aber nicht identischen Manuale der ICD-10 und des DSM-IV. Sie entstand im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts und wird mittlerweile weltweit angewandt. In einigen Ländern ist sie sogar administrativ vorgeschrieben und avanciert auf diese Weise zu einem gesundheitspolitischen Steuerungsinstrument². Wegen dieses markanten Zugewinns an Bedeutung auch jenseits des konkreten Einzelfalles werden in dieser Arbeit die spezifischen Charakteristika, die Möglichkeiten und die Grenzen operationaler psychiatrischer Diagnostik herausgearbeitet.

Über einige Besonderheiten der Psychiatrie

Psychiatrie und Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplinen sind besonders eng mit der gesellschaftlichen und politischen Entwicklung verknüpft, und zwar nicht nur *formal*, etwa über die Gesetzgebung, die den medizinischen Bereich regelt, sondern auch *inhaltlich*, etwa hinsichtlich des Menschenbildes und der Grundwerte einer Gesellschaft. Dies gilt in Grenzen auch für andere medizinische Fachdisziplinen, doch wird man eine der Psychiatrie vergleichbare Situation zum Beispiel im Falle der Orthopädie oder der Augenheilkunde nicht finden.

Klar illustriert wird dies durch die Tatsache, dass es innerhalb des psychiatrischen Bereiches wesentlich kontroversere Positionen gegeben hat und gibt, als dies aus anderen medizinischen Bereichen bekannt ist. Die konfliktreiche psychiatrische Schulbildung spätestens seit dem frühen 19. Jahrhundert ist bereits geradezu sprichwörtlich und Gegenstand manchen Spottes. Besonders aussagekräftig ist in dieser Hinsicht das Beispiel der

in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts zu bemerkenswertem Einfluss gelangten «Antipsychiatrie»: Sie vertrat nicht nur eine kritische Position gegenüber der etablierten psychiatrischen Krankheitslehre und der auf sie bezogenen Diagnostik³. Einige «antipsychiatrische» Autoren⁴ gingen vielmehr noch einen wesentlichen Schritt weiter, leugneten die Existenz der von der akademischen Psychiatrie beschriebenen seelischen Störungen und warfen ihr vor, nicht etwa Krankheiten zu erkennen und zu behandeln, sondern aufgrund eines obskuren «gesellschaftlichen» Auftrages störende und auffällige Personen mittels des wissenschaftlich anmutenden Etikettes einer psychiatrischen Diagnose zu disziplinieren und nötigenfalls sogar durch Internierung aus dem öffentlichen Raum zu entfernen (vgl. [1, 2]). Ein derart grundlegender Angriff auf das Selbstverständnis eines medizinischen Faches existiert ausserhalb des psychiatrischen Bereiches nicht.

Weniger dramatisch, jedoch von keineswegs geringerer Bedeutung ist der Umstand, dass die Psychiatrie grundsätzliche philosophische und dabei vor allem wissenschaftstheoretische Fragen wie das Leib-Seele-Problem und das Verhältnis von subjektiven und objektiven Momenten nicht ignorieren kann, selbst wenn sie dies wollte. Nicht selten trifft man allerdings bei praktisch wie wissenschaftlich tätigen Psychiatern auf die Überzeugung, theorielastige «philosophische» Debatten brächten wenig und erschöpften sich im Ausloten intellektueller Sackgassen. Diese Position, die sich in der Geschichte unseres Faches in den letzten 200 Jahren mit unschöner Regelmässigkeit wiederfindet, übersieht freilich einen wesentlichen Punkt: Wer nämlich versucht, diese Fragen wissenschaftlich zu entwerfen oder zu ignorieren, der generiert – sei es ganz gezielt oder, was häufiger ist, implizit und unerkannt – unzulässig vereinfachende und dogmatische Anschauungen [3, 4].

Nicht ohne Grund hat Littlewood [5] die Psychiatrie ironisch als «the most self-doubting specialty in medicine» bezeichnet. Man kann dies als Kritik an der Psychiatrie lesen oder, wie ich meine, als Aufforderung, die dem Fach nun einmal inhärente erkenntnistheoretische Problematik über den verunsichernden Zweifel hinaus in zeit- und vor allem patientengemässe therapeutische und wissenschaftliche Konzepte umzusetzen.

3 Allerdings war die psychiatrische Nosologie niemals, auch nicht zur Blütezeit der Antipsychiatrie, so einheitlich oder gar monolithisch, wie es manche antipsychiatrische Kritik glauben machen wollte.

4 Funktions- und Berufsbezeichnungen werden mit Rücksicht auf den Textfluss zumeist nur in ihrer maskulinen Form genannt.

2 Die straffe Operationalisierung des diagnostischen Prozesses findet sich in der ICD-10 bislang ausschliesslich im Bereich der seelischen Störungen (Kapitel F).

Psychiatrische Diagnostik ist in erster Linie ein Handwerkszeug. Und doch ist sie mehr als das: Sie gewährt, wenn auch oft nur sehr indirekt, ja geradezu unfreiwillig, Einblicke in die grundsätzliche Ausrichtung und Werthaltung des Faches als Ganzem und des einzelnen Psychiaters, sie zeigt gleichsam den «Geist der Psychiatrie». Dies soll im folgenden näher erläutert werden.

Die psychiatrische Diagnose im Spannungsfeld von Krankheitsbegriff, Forschung und öffentlicher Meinung

Diagnose heisst Entscheidung, womit im medizinischen Bereich Erkennung und Benennung einer Krankheit gemeint sind. *Diagnostik* ist der dazu gehörige Untersuchungsgang. Vergleicht man die medizinischen Abläufe etwa bei den Diagnosen Pneumonie, Epilepsie, Diabetes mellitus einerseits und depressive Störung andererseits, so wird klar, wie ungleich mehr die psychiatrische Diagnostik von theoretischen Vorannahmen, vor allem vom jeweiligen Krankheitsmodell, abhängt als das entsprechende Vorgehen in anderen medizinischen Disziplinen. Janzarik [6] hat dies am Beispiel der Psychosen-Diagnostik meisterhaft herausgearbeitet. Viel drastischer ist das Beispiel der von der WHO durchgeführten International Pilot Study of Schizophrenia (US/UK-Study) [7]. Dabei stellte sich heraus, dass die Schizophreniediagnose in den USA wesentlich häufiger gestellt wird als in Grossbritannien, obwohl die diagnostisch relevanten Parameter, insbesondere die psychopathologischen Phänomene, sehr ähnlich waren. Die Ursache lag nun gerade *nicht* in realen Häufigkeitsunterschieden der Erkrankung, sondern in den ganz unterschiedlichen Diagnoseprinzipien: In den USA herrschte seinerzeit ein an Adolf Meyer (1866–1950) angelehnter sehr weiter Schizophreniebegriff vor, wohingegen die Psychiatrie in Grossbritannien den engen Schizophreniebegriff Kurt Schneiders (1887–1967) verwandte.

Genau hier lag eines der wesentlichen Motive für den Aufschwung, den die psychiatrische Diagnostikforschung in den letzten Jahrzehnten genommen hat. Denn es ist weder dem Patienten noch den Angehörigen und auch nicht dem behandelnden oder forschenden Arzt zuzumuten, die Feststellung des Vorliegens oder Nichtvorliegens einer gravierenden seelischen Erkrankung *in erster Linie* von der jeweiligen theoretischen Ausrichtung abhängig zu machen. Im übrigen ist das genannte Beispiel der US/UK-Study nur eines von vielen, welche die mitunter geradezu babylonische Sprachverwirrung im Bereich psychiatrischer

Krankheitslehren und Diagnostiken illustriert. Nahezu jede psychiatrische Schule hatte verständlicherweise eine mehr oder weniger spezifische Terminologie entwickelt. Diese musste vor allem für wissenschaftliche Zwecke erst mühsam und fehlerträchtig in die Denkweise anderer Schulen «übersetzt» werden. Pars pro toto sei hier nur der in vielerlei theoretischem Licht schillernde Begriff der Borderline-Störung genannt.

Ein weiteres starkes Motiv für die Entwicklung einer gemeinsamen psychiatrisch-diagnostischen Sprache erwuchs aus der stürmischen Entwicklung der neurobiologischen Forschung und insbesondere der Psychopharmakologie seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Aus dem Umfeld dieser Forschung wurde die oft unreliable und fraglich valide psychiatrische Diagnostik nachhaltig und zu Recht kritisiert.

Aber auch in der breiteren Öffentlichkeit gerieten und geraten psychiatrische Diagnosen häufig in die Kritik. Sie werden angesehen als bloss allgemeine Raster, die an der Individualität des Patienten vorbeigehen. Es wurde in Fortsetzung «antipsychiatrischer» Argumente vorgebracht, dass psychiatrische Diagnosen sich zwar wissenschaftlich gäben, in Tat und Wahrheit aber der Ausgrenzung «störender», also gesellschaftlich missliebiger Personen dienten. Sie seien, so ein weiterer Einwand, viel zu sehr am medizinischen Modell des Krankseins orientiert und verkennten dabei die seelische und soziale Realität des betroffenen Menschen. Nicht selten findet sich schliesslich die Befürchtung, psychiatrische Diagnosen seien letztlich nichts anderes als eine mehr oder weniger zufällige Meinungsäusserung des jeweiligen Psychiaters.

Bevor auf dem Hintergrund dieses Diskussionsstandes die aktuelle operationale Diagnostik näher beleuchtet wird, gerät zunächst der psychiatrische Krankheitsbegriff selbst als wesentlicher Bezugspunkt der Diagnostik in den Blick. Dies reflektiert die wesentliche Botschaft dieser Arbeit, wonach nämlich Diagnostik in unserem Fach keineswegs nur eine bloss «Abbildung» von objektiven und subjektiven Einzeltatsachen ist, sondern sehr eng mit umfassenden theoretischen Vorannahmen verknüpft ist, die es zu erkennen und zu reflektieren gilt.

Wie anderenorts im einzelnen ausgeführt [8, 9], können mit Blick auf die Geschichte unseres Faches seit seiner Entstehung als wissenschaftliche Disziplin gegen Ende des 18. Jahrhunderts *drei wesentliche Zugangsweisen* zum Begriff der psychischen Krankheit voneinander abgegrenzt werden. Die hier sehr akzentuiert und stark verkürzt beschriebenen Positionen sollen dabei als Orien-

tierungsmarken dienen, zwischen denen natürlich eine unübersehbar grosse Zahl von Zwischenlösungen lokalisiert ist, die unerwähnt bleiben müssen.

Realdefinition

Die Kernthese dieser Position lautet: Psychische Krankheiten existieren real, quasi als Gegenstände, als objektiv-naturwissenschaftlich fassbare «Dinge». An den historischen Wurzeln dessen, was nunmehr mit den Begriffen «biologische Psychiatrie» oder «Neuroscience» bezeichnet wird, also in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, finden sich zahlreiche prominente Beispiele für Vertreter dieser Auffassung. So etwa hatte Emil Kraepelin (1856–1926) über sein zwischen 1883 und 1927 in 9 Auflagen erschienenenes (monographisches) Lehrbuch der Psychiatrie sowie über die von ihm initiierten Forschungsansätze ganz entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Faches genommen – und dies bis zum heutigen Tag [10, 11]. Kraepelin sprach von den «natürlichen Krankheitseinheiten», die es in der Psychiatrie ebenso wie in allen anderen medizinischen Fächern gebe und die – in ihrer Eigenschaft als biologische Entitäten – ganz unabhängig davon existierten, welcher konkrete Patient nun an ihnen leide oder welcher Psychiater sich mit ihnen klinisch oder wissenschaftlich befasse. Hinreichendes methodisches Rüstzeug als vorhanden unterstellt, werde die Forschung unabhängig von der angewandten Methode notwendigerweise immer wieder auf dieselben, gleichsam a priori festliegenden, eben die «natürlichen» Krankheitseinheiten stossen.

Bei einem solchen prononciert realdefinitorischen Verständnis seelischer Störungen liegt der Fokus auf den «natürlich», vor allem also biologisch vorgegebenen Krankheiten, die es zu *entdecken* gilt. Konsequenterweise muss es hier heissen «Der Patient *hat* eine Krankheit» und nicht «Der Patient *ist* krank». Die spiegelbildliche Position wird später im Zusammenhang mit dem biographisch-individuell fundierten Krankheitsmodell zur Sprache kommen.

Vorteilhaft an dem oft auch als naturalistisch bezeichneten realdefinitorischen Ansatz ist vor allem seine Objektivität, verbunden mit der Anwendbarkeit naturwissenschaftlich etablierter Forschungsmethoden. Nachteilig kann sich auswirken, dass subjektive Momente des diagnostischen (und therapeutischen) Prozesses sowohl auf der Seite des Patienten – wo sie augenfällig sind – als auch auf der Seite des Arztes – wo sie weit weniger klar gesehen und noch weniger akzeptiert werden –

eher skeptisch betrachtet werden, da sie der wissenschaftlichen Erkenntnis vermeintlich hinderlich sind. Endpunkt einer Überdehnung des biologischen Paradigmas ist – um ein zwar abgegriffenes, hier aber angebrachtes Schlagwort zu benutzen – ein «biologischer Reduktionismus», wie er auch schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts vertreten worden ist.

Nominaldefinition

Nach dieser Auffassung sind diagnostische (und überhaupt wissenschaftliche) Termini, mit denen psychische Störungen beschrieben werden, *begriffliche Konstrukte*, die von Experten nach bestimmten Kriterien entsprechend dem jeweils aktuellen Wissensstand definiert werden. Es handelt sich dabei, sehr im Gegensatz zur ersten Position, um die Nominaldefinition etwa dessen, was zum gegebenen Zeitpunkt unter «schizophrener Störung» verstanden wird. Letztlich sind Nominaldefinitionen in diesem Zusammenhang in erster Linie psychopathologische Konventionen, die natürlich nicht beliebig sind, sondern alle verfügbaren wissenschaftlichen Argumente angemessen berücksichtigen. Konsequenterweise wird hier auch nicht mehr von psychischen «Krankheiten» gesprochen, da dies zu sehr der «reifizierenden» Position ähnelt, sondern, ätiologisch und pathogenetisch möglichst neutral, von psychischen «Störungen». Das Moment der *aktiven Konstruktion* eines Konzeptes durch den Arzt steht hier also im Vordergrund.

Der Zustand eines Patienten wird als ein bestimmtes Störungsbild bezeichnet. Nicht was «die Schizophrenie» *ist* und ob es sie als «natürliche Entität», als «reale Krankheitseinheit» überhaupt gibt, sondern unter welchen Umständen wir begründet von Schizophrenie *sprechen*, ist nunmehr Gegenstand der psychiatrischen Diagnostikforschung. Dies ist ein markant bescheidenerer Anspruch als derjenige der Realdefinition. Nominaldefinition heisst auch, dass jede Aussage und implizite Vorannahme darüber vermieden werden soll, welche Ätiologie und Pathogenese eine seelische Störung hat. Am prägnantesten kommt diese Position in der aktuellen operationalen psychiatrischen Diagnostik zum Ausdruck, um deren Merkmale, Möglichkeiten und Grenzen es noch gehen wird.

Biographisch-individuelle Definition

Seelische Erkrankungen entstehen nach dieser Auffassung durch lebensgeschichtliche Umstände

und sind nur durch deren Einbeziehung verständlich zu machen und erfolgreich zu behandeln. Historisch betrachtet, war diese Position die erste, stellte sie doch einen Kern des Krankheitsverständnisses in der Psychiatrie der Romantik zu Beginn des 19. Jahrhunderts dar. So etwa waren für J. C. A. Heinroth (1773–1843) oder K. Ideler (1795–1860) psychische Störungen in erster Linie Ausdruck einer nur individuell zu verstehenden biographischen Fehlentwicklung der betreffenden Person. Dadurch verwischte sich – in krassem Gegensatz zur Realdefinition – die Grenze zwischen dem Patienten und seiner Krankheit, ja sie verschwand geradezu: Der Patient *hat* nicht eine Krankheit, er *ist krank*. In diesem ausdrücklich Subjekt-orientierten Ansatz werden vor allem die affektiv akzentuierten psychotischen Formen seelischer Störung zum Ausdruck individuellen Scheiterns eines Lebensentwurfes. Oft spielt dabei ein stark normativ-moralisierendes Moment hinein und damit die Frage individueller Schuld: Wer etwa seine «Leidenschaften», um einen in der Romantik charakteristischen Begriff zu benutzen, nur mangelhaft steuern kann, wer sie gar rücksichtslos auslebt und damit bestimmten Grundvorstellungen menschlichen Zusammenlebens widerspricht, der läuft Gefahr, psychotisch, «geisteskrank» zu werden [12–14]⁵.

Bemerkenswerterweise hat diese sehr auf den einzelnen Lebenslauf ausgerichtete Sicht nichts von einem unkritisch-entschuldigenden Tenor, ganz im Gegenteil: Im Unterschied zu der den psychodynamischen Richtungen oft vorgeworfenen Neigung, aufgrund des von ihnen beanspruchten vertieften Verstehens Fehlverhalten vorschnell auch zu entschuldigen, den einzelnen also aus der Verantwortung für sein Handeln zu *entlassen*, betont vor allem Heinroth die *Selbstverantwortlichkeit* des einzelnen für seine Entwicklung. Zwar erkennt er an, dass der akut psychotische Mensch zu planvollem Handeln kaum oder gar nicht mehr in der Lage ist, doch schlägt Heinroth dessen ungeachtet vor, ihm die in der Psychose gezeigten Fehlverhaltensweisen im Sinne persönlicher Verantwortlichkeit zuzurechnen, da ja das Hineingeraten in die Psychose Folge einer vorwerfbaren «Lebensführung» gewesen sei.

Die wesentlichen Momente dieses Ansatzes sind freilich auch ausserhalb der romantischen Strömung und vor allem später gesehen und ver-

treten worden, so dass es berechtigt erscheint, diese Position den beiden zuvor genannten als dritten Eckpunkt psychiatrisch-konzeptuellen Denkens gegenüberzustellen. Die anthropologische Psychiatrie etwa, die sich, gestützt auf existenzphilosophische Positionen, bemühte, eine ganzheitliche Sicht von seelischer Gesundheit und Krankheit zu entwickeln und die heute unberechtigtweise nur noch marginal wahrgenommen wird, hat in manchem vergleichbare Grundlinien, wie sich etwa an Blankenburgs [15] fundierter Analyse des Wahns zeigen lässt. Im übrigen zeigt sich der mit Position 3 umschriebene Pol einer sehr Person-orientierten Vorgehensweise im Verlaufe jeder sorgfältigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, in welchen theoretischen Bezugsrahmen sie auch immer eingebettet sein mag.

Der *Vorteil* eines solchen Ansatzes ist die individuelle Herangehensweise eines ganz bestimmten Arztes an einen ganz bestimmten Patienten in idiographischer und eben nicht nomothetischer Absicht. Als *Nachteil* wird oft die enorme Schwierigkeit angesehen, subjektive und intersubjektive, also Beziehungsaspekte in trennscharfe Begriffe zu fassen, zu operationalisieren, was ja unbestreitbar eine methodische Voraussetzung für wissenschaftliche Arbeit ist. Ausserdem sind unkritisch-dogmatische Auffassungen, die sich im Rahmen dieses Ansatzes entwickeln, von ausserhalb der therapeutischen Dyade und erst recht innerhalb derselben schwer korrigierbar.

Operationale psychiatrische Diagnostik

Unabhängig davon, welchen Typus von Krankheitsverständnis man vertritt, wird doch der praktische diagnostische Prozess in der Regel drei Ebenen einbeziehen: Die *Symptomebene* (z.B. die AMDP-Symptome [16]), die *Syndromebene* im Sinne charakteristischerweise miteinander verknüpfter Symptome (z.B. das gehemmt-depressive Syndrom), welche dann unter Hinzuziehung von Zusatzinformationen aus den Bereichen Fremdanamnese, Labor, Bildgebung, Neuropsychiologie, Neuropsychologie und anderen auf die eigentliche *diagnostische Ebene* führt (z.B. die Feststellung einer depressiven Phase bei manisch-depressiver Erkrankung).

Der konsequenteste Versuch, diesen ausserordentlich komplexen Vorgang der psychiatrischen Diagnostik in eine überschaubare und überprüfbare Form zu giessen, stellen, wie bereits erwähnt, die heute weltweit verbreiteten operationalen Diagnosesysteme ICD-10 [17] und DSM-IV-TR [18] dar.

5 Selbstverständlich wird man der «romantischen Psychiatrie» als Ganzer durch diese holzschnittartige Zeichnung ihres Krankheitsverständnisses nicht gerecht. Die Verkürzung ist vertretbar, weil es hier ausschliesslich um die Erläuterung einer bestimmten Herangehensweise an seelisches Kranksein geht, wofür nun allerdings die Psychiatrie der Romantik ein ausgezeichnetes Beispiel ist.

Ein- und Ausschlusskriterien sowie Kriterienverbindungen für jede Diagnose: Hier liegt der eigentliche Kern der Operationalisierung. Dieser Weg führt bis hin zu diagnostischen «Entscheidungsbäumen», die bei aller Transparenz allerdings auch Zwänge generieren: Sind nämlich die Kriterien erfüllt, so steht die Diagnose fest, sie *muss* dann gestellt werden. Die Frage des Klinikers, ob aufgrund von nicht operationalisierten Sachverhalten auch andere Diagnosen zu erwägen sind, wird klar verneint.

Prinzip der Komorbidität: Es werden gleichzeitig alle Diagnosen gestellt, deren Kriterien erfüllt sind. Dadurch verringert sich das Risiko, bei einer sehr gravierenden Diagnose (etwa einer schizophrenen Psychose) zusätzliche, weniger dramatische Störungen, die aber sehr wohl behandlungsbedürftig sind, zu übersehen (etwa eine Medikamentenabhängigkeit).

Multiaxialität (bislang nur im DSM-IV): Jeder Patient wird auf fünf Achsen beurteilt: klinisches Bild, Persönlichkeit, körperliche Erkrankungen, psychosoziale Integration und reaktive Belastungsfaktoren. Dies soll eine realistischere Abbildung der Situation sicherstellen, als es bei der Beschränkung auf das klinisch im Vordergrund Stehende möglich wäre.

Orientierung am Schweregrad: Quantitative Merkmale (etwa «leicht, mittel, schwer depressiv») geniessen den Vorrang vor qualitativen (etwa «Typus melancholicus»). Dies hat auch zur Folge, dass von althergebrachten, quantitativ schwer fassbaren Unterscheidungen wie «neurotisch vs. psychotisch» oder «endogen vs. reaktiv» ausdrücklicher Abstand genommen wird.

Unabhängigkeit von ätiologischen Vorannahmen: Dieses Merkmal, oft irreführend als «Theoriefreiheit» bezeichnet, soll garantieren, dass verschiedene Anwender der operationalen Diagnostik auch dann zum selben Ergebnis gelangen, wenn sie in ihren Vorannahmen zur Entstehung der betreffenden Störung divergieren – die operationale Diagnose als gleichsam grösster gemeinsamer Nenner.

Welche neuen Möglichkeiten eröffnet operationale Diagnostik?

Bei dieser Fragestellung ist es sinnvoll, drei verschiedene, wenn auch letztlich miteinander verschränkte Perspektiven zu differenzieren. Die *klinische Perspektive*: Psychiatrische Diagnosen, wenn sie sorgfältig gestellt werden, stellen eine nicht

nur nützliche, sondern unabdingbare begriffliche Klammer dar für die unübersichtliche und unspezifische klinische Symptomatik. Die *Forschungsperspektive*: Psychiatrische Diagnostik, die den Anspruch erhebt, gültig und zuverlässig zu sein, stellt die entscheidende Grundlage für psychiatrische Forschung dar, weil ohne eine klare Beschreibung von Patientenpopulationen sämtliche weiteren Schlussfolgerungen aus den erhobenen Daten wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügen. Aus der *Patienten- und Angehörigenperspektive* schliesslich ist der wesentliche Vorteil einer sorgfältigen psychiatrischen Diagnostik die Versachlichung der Diskussion und die grössere Nachvollziehbarkeit diagnostischer Aussagen für den Laien. Dadurch können Angst und Misstrauen reduziert und das Vertrauen in eine transparente Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt werden. Im übrigen werden so auch manche Klischees, die zum Thema Psychiatrie existieren, und die daraus resultierende Stigmatisierung in Frage gestellt. Denn es ist ja nicht nur – bei genauer Betrachtung sogar nur zum kleineren Teil – die Diagnose selbst, die stigmatisiert, sondern vielmehr die Einstellung der Gesellschaft zur psychischen Krankheit. Allerdings – und so schliesst sich der Kreis – verrät diese ihren Charakter nicht selten durch eine unqualifiziert-vergrößerte Einschätzung psychiatrischer Diagnosen.

Welche konkreten Vorteile bietet die operationale Diagnostik?

Die folgenden Punkte sind die wesentlichen:

- *Höhere Reliabilität*: Verschiedene Untersucher – vorausgesetzt, sie sind mit dem Untersuchungsinstrument hinreichend vertraut – gelangen signifikant häufiger zum gleichen diagnostischen Ergebnis als ohne operationale Kriterien.
- Übersichtlichkeit und Praktikabilität für Aus- und Weiterbildungszwecke.
- Keine implizite Bevorzugung einer bestimmten ätiologischen Theorie.
- Dokumentations- und datenverarbeitungs-freundliches Format.
- Die Kriterienlisten zwingen den Untersucher zur vollständigen Befunderhebung und verhindern so voreilige diagnostische Schlüsse.
- In der forensischen Psychiatrie höhere Transparenz des diagnostischen Entscheidungsprozesses vor Gericht und bessere Vergleichbarkeit und wissenschaftliche Auswertbarkeit psychiatrischer Gutachten.

Welche Grenzen der operationalen Diagnostik sind zu beachten?

Stellt man eine psychiatrische Diagnose nach den aktuellen operationalen Systemen, so muss man sich darüber im klaren sein, dass diese Begrifflichkeit die psychische Erkrankung natürlich nicht zur Gänze erklärt. Sie ist auch kein umfassendes Modell seelischer Erkrankung (vgl. [19]). Ferner schliesst die diagnostische Etikettierung andere Perspektiven, etwa diejenigen der sozialen Integration oder der trotz Störung noch vorhandenen Ressourcen, der Coping-Mechanismen, keineswegs aus. Vielmehr sind ja die operationalen Diagnosemanuale gerade bemüht, durch Ergänzungen diesen wichtigen Perspektiven besser gerecht zu werden als durch die ausschliessliche Konzentration auf den psychopathologischen Befund.

Eine weitere wichtige Limitation der Diagnostik ist, dass sie keine unmittelbare therapeutische Konsequenz hat. Im Unterschied zu mehr theoriegeladenen diagnostischen Ansätzen, wie etwa der psychoanalytischen Diagnostik, folgt aus der Feststellung des Vorliegens etwa einer Zwangsstörung nicht, nach welchem Prinzip diese behandelt werden sollte. Hier ergibt sich also die besonders augenfällige Notwendigkeit, operationale Diagnosen in sinnvoller Weise mit Therapiestrategien zu verknüpfen.

Operationale Diagnostik wertet nicht, weder im positiven Sinne noch im negativen. Auch kann sie ohne zusätzliche Informationen und Wertungen nicht im forensischen Kontext eingesetzt werden. Insbesondere folgt aus dem Vorliegen einer operationalen Diagnose keineswegs, dass die betreffende Person für ein ihr vorgeworfenes Delikt nicht oder in relevanter Weise eingeschränkt strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann. Die Autoren der operationalen Diagnostik weisen auf diesen letztgenannten Umstand zwar jeweils deutlich hin, doch werden diese Hinweise in der forensisch-psychiatrischen Praxis nicht immer wahrgenommen.

Werden operational definierte diagnostische Einheiten als gleichsam natürlich vorgegebene, unveränderbare Krankheitseinheiten (miss-)verstanden, so liegt eine unbegründete «Reifizierung» oder «Ontologisierung» vor. Ihr tatsächlicher Konstrukt- bzw. Konventionscharakter wird übersehen.

Die starke Erweiterung des Kataloges seelischer Störungen – das DSM-IV listet nahezu 400 Diagnosen auf – liess die Befürchtung einer «*Psychiatisierung des Alltags*» aufkommen: Auch alltägliche leichte Stimmungsschwankungen würden so bereits mit einer psychiatrischen Diagnose (und den entsprechenden Konsequenzen) behaftet.

Es besteht durchaus die Gefahr der Entwicklung eines *dogmatischen Anspruchs auf Superiorität* gegenüber allen nicht (streng) operationalen und damit vermeintlich unwissenschaftlichen Arten des Diagnostizierens. Krasses Beispiel wäre die *Identifikation kriteriologischer Diagnostik mit Psychopathologie schlechthin*: Operationale Diagnosen bilden aber nur einen Ausschnitt des psychopathologischen Befundes ab, der, etwa bei akuten Psychosen, sehr gross sein kann, in anderen Fällen aber auch deutlich kleiner – man denke an Persönlichkeitsstörungen oder unspezifische Prodromalstadien seelischer Störungen.

Qualitative seelische Phänomene können leicht unterschätzt werden, wenn etwa eine depressive Reaktion nach Partnerverlust und eine phasenhafte stuporöse («endogene») Depression in der ICD-10 in gleicher Weise als «schwere depressive Episode» bezeichnet werden. Anders formuliert: Hochkomplexe psychopathologische Phänomene wie Ich-Störungen, spezifische Anmutungsqualitäten und akzentuierte Persönlichkeitszüge werden oft ungenügend erfasst. Schlimmstenfalls wird sogar ein «*operationalisiertes Menschenbild*» vermittelt, für das – analog der Assoziationspsychologie des frühen 19. Jahrhunderts – das Mentale nichts anderes ist als die blosse Summation von (messbaren) Einzelphänomenen.

In der forensischen Situation kann die Feststellung einer formalisierten operationalen Diagnose zu dem Fehlschluss führen, hier müsse allein qua Diagnose eine verminderte oder aufgehobene strafrechtliche Verantwortlichkeit vorliegen. Umgekehrt kann im Einzelfall ein Proband selbst dann seelisch gestört und in seiner Verantwortlichkeit vermindert sein, wenn er nicht die Kriterien einer bestimmten operationalen Diagnose erfüllt. Irreführend kann hier vor allem das verkürzte Verständnis operationaler Diagnostik als quasi «*fotografische Abbildung*» von objektiv beobachtbaren Symptomen sein.

Kritische Punkte in der Anwendung jeder psychiatrischen Diagnostik

Ganz generell – also nicht nur mit Blick auf die *operationale* Diagnostik – lässt sich somit festhalten, dass ein unkritischer Umgang mit psychiatrischen Diagnosen drei wesentliche negative Folgen haben wird:

- Es wird ein *starres Krankheitsmodell* vertreten, insoweit man unzutreffender Weise davon ausgeht, dass es sich bei seelischen Erkrankungen um objektiv feststellbare bzw. messbare Sachverhalte handelt, die dichotom entweder vor-

liegen oder nicht vorliegen. Dabei unterschätzt man die Veränderbarkeit seelischer Störungen über den Zeitverlauf hinweg, aber auch das im Querschnittsbefund auftauchende Problem der Grenze zwischen *noch gesund* und *schon krank*, auch im Hinblick auf psychiatrische Komorbidität.

- Der weiteren *Stigmatisierung* der betroffenen Patienten wird Vorschub geleistet. Vor allem bei der Anwendung besonders gravierender Diagnosen wie etwa der schizophrenen Erkrankung oder auch schwerer Persönlichkeitsstörungen sollte sich der Untersucher stets des Umstandes bewusst sein, dass er mit der Zuschreibung einer solchen Diagnose eben *nicht nur* einen objektiven, naturwissenschaftlichen Sachverhalt beschreibt.
- Wird die Diagnose fälschlicherweise vom wesentlichen Handwerkszeug zum eigentlichen Kern oder gar Zweck psychiatrischen Handelns aufgewertet und wird sie dann auch noch als objektive Abbildung missverstanden, so führt dies zwangsläufig zu einer *Vernachlässigung der Arzt-Patient-Beziehung*. Dies wiederum hat ausserordentlich negative Auswirkungen nicht nur auf die Qualität der Diagnostik selbst, sondern auch auf den Behandlungsverlauf.

Thesenhafte Zusammenfassung

- 1.) Medizinisches Handeln und damit auch psychiatrisches Handeln braucht Diagnosen, um Ordnung in die Fülle der Phänomene bringen zu können. Die Diagnose ist ein unverzichtbares Handwerkszeug für die sorgfältige Planung und Überprüfung der Therapie. Sie ist nicht mehr als dies, aber auch nicht weniger.
- 2.) Psychiatrische Diagnostik ist keine rein technische Aufgabe, keine reine Messung. Sie ist schwierig und erfordert viel Erfahrung und Selbstkritik. Ohne eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung bleibt jede psychiatrische Diagnostik, insbesondere aber die sehr formale und kriteriengeleitete operationale Diagnostik, oberflächlich. Im schlimmsten Fall gerät psychiatrische Diagnostik so zum blossen Abhaken von Checklisten.
- 3.) Psychiatrische Diagnosen sind weder Selbstzweck noch Ausgrenzungsinstrumente. Sie können aber, wie jedes andere psychiatrische (und sonstige medizinische) Wissen auch, in dieser Weise missbraucht werden. Dass es diesen Missbrauch in drastischer und in manchen Fällen, etwa im Rahmen der nationalsozialistischen Pervertierung psychiatrischen Handelns, in

menschenverachtender Weise gegeben hat, ist zwar zutreffend und beunruhigend, beweist aber nicht, dass das eigentliche Problem die psychiatrische Diagnostik selbst ist. Es ist vielmehr die Art und Weise ihrer Anwendung.

- 4.) Die Psychiatrie ist heute mehr als früher ein bedrängtes Fach. Dies hat nicht nur mit ihrer wahrscheinlich unvermeidlichen inneren Heterogenität zu tun. Entscheidend ist vielmehr – gleichsam «von aussen» – der wachsende Erklärungsanspruch der Nachbarwissenschaften, etwa der Neurobiologie, Neuropsychologie oder der Sozialwissenschaften, die sich zunehmend intensiv zu Fragen der psychiatrischen Diagnostik und Therapie äussern. Die Psychiatrie muss nun ihre besondere Verantwortung in diesem Spannungsfeld von Natur-, Gesellschafts- und Geisteswissenschaften wahrnehmen.

Der Umgang mit ihrer eigenen Diagnostik ist ein sensibler Gradmesser dafür, inwiefern sich die Psychiatrie des geschilderten Problems bewusst ist. Die *zwei Extreme* im Umgang mit psychiatrischer Diagnostik, die sich denken lassen, sind besonders bedenklich: Zum einen die *faktische Abschaffung* von Diagnostik in der Psychiatrie mit der Begründung, dass ein solches «Schablonendenken» dem individuellen Patienten nicht gerecht werde. Dies führt, wie oben ausgeführt, zu einem noch grösseren Schaden für die Patienten und zu einer unwissenschaftlichen Diagnostik und Therapie. Zum anderen die *Überdehnung* der Diagnostik entweder im Sinne eines unkritischen Reifizierens von Diagnosen, also des Missverstehens von Diagnosen als reale objektive Sachverhalte, oder im Sinne der Reduktion von Diagnostik auf das schlichte Abhaken von Kriterienlisten. Ein solches Selbstmissverständnis von Diagnostik wiederum hat eine Verflachung und Technisierung der Arzt-Patienten-Beziehung zur Folge.

- 5.) Die psychiatrische Diagnostik ist – so der Kerngedanke dieser Arbeit – mehr als diejenige in anderen medizinischen Fächern abhängig von theoretischen Vorannahmen zur psychischen Krankheit selbst, aber auch zum Menschenbild. Neben der methodisch-praktischen Seite der Diagnostik, die man üben kann, bedarf es eben auch dieser wissenschaftstheoretischen Perspektive, die man kultivieren muss.

Literatur

- 1 Laing RD. The Divided Self. London: Tavistock; 1959.
- 2 Szasz TS. Geisteskrankheit – ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten/Freiburg: Walter; 1972.
- 3 Hoff P. Erkenntnistheoretische Vorurteile in der Psychiatrie – eine kritische Reflexion 75 Jahre nach Karl Jaspers' «Allgemeiner Psychopathologie» (1913). Fundamenta Psychiatrica 1989;3:141–50.
- 4 Hoff P. Subjekt und Objekt der psychiatrischen Forschung – Zur Ideengeschichte einer Kontroverse. Nervenarzt 1995;66:494–504.
- 5 Littlewood R. From disease to illness and back again. Lancet 1991;337:1013–5.
- 6 Janzarik W. Die nosologische Differenzierung der idiopathischen Psychosynonyme – ein psychiatrischer Sisyphus-Mythos. Nervenarzt 1989;60:86–9.
- 7 WHO (World Health Organisation). Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Vol 1. Geneva; 1973.
- 8 Hoff P. Die Umwelt der Krankheit – Zur Kontextabhängigkeit psychiatrischer Krankheitskonzepte. Nervenheilkunde 1998;17:70–4.
- 9 Hoff P. Die psychopathologische Perspektive. In: Bormuth M, Wiesing U, Herausgeber. Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2004. S. 71–9.
- 10 Blashfield RK. The Classification of Psychopathology – Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches. New York: Plenum Press; 1984.
- 11 Hoff P. Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Band 73. Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 1994.
- 12 Heinroth JCA. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Leipzig: Vogel; 1818.
- 13 Marx OM. German romantic psychiatry. Part I. History of Psychiatry 1990;1:351–81.
- 14 Schmidt-Degenhard M. Zum Melancholiebegriff J. C. A. Heinroths. In: Nissen G, Keil G, Herausgeber. Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Stuttgart: Thieme; 1985. S. 12–8.
- 15 Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Stuttgart: Enke; 1971.
- 16 AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 7., unveränderte Auflage. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe; 2000.
- 17 WHO (World Health Organisation). Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, WHO [Deutsch 1991: ICD-10. Bern/Göttingen/Toronto: Huber; 1991.]
- 18 APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, text revision) (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: APA; 2000. [Deutsch: Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe; 2003.]
- 19 Cooper R. What is wrong with the DSM? History of Psychiatry 2004;15:5–25.